



Bulletin de la Fédération suisse des patients Section Fribourg / Suisse occidentale

www.federationdespatients.ch

Caisse publique: déni de démocratie!

L'initiative populaire sur la caisse d'assurance-maladie publique, déposée en juin 2012, a provoqué des réactions encore jamais vues au Parlement fédéral. Contestant le droit constitutionnel du Conseil fédéral à élaborer un contre-projet, les représentants des assureurs au Parlement ont cherché à interrompre la procédure de consultation sur le contre-projet pour imposer une décision immédiate au Parlement et éviter un vote populaire en année électorale. Alors que la caisse publique existe dans la plupart des pays européens sous une forme ou une autre, elle entraîne encore, dans notre pays, des réactions irrationnelles et épidermiques.

Suite au dépôt de l'initiative populaire sur la caisse publique par un large alliance d'organisations de patients et de consommatrices, de prestataires et de partis politiques le 21 juin 2012, le Conseil fédéral a demandé à son ministre de la santé Alain Berset de préparer un contre-projet à l'initiative. Une telle démarche est courante lorsqu'une initiative est considérée comme susceptible de réunir une majorité des votants derrière elle. En lançant la procédure de consultation sur un contre-projet qui demande une meilleure compensation des risques entre assureurs, une séparation de l'assurance de

base et de l'assurance complémentaire ainsi qu'un pool de hauts risques dans l'intérêt des patients chroniques qui génèrent des coûts importants, le Conseil fédéral a reconnu que le système actuel de concurrence exacerbée entre assureurs-maladie pose de sérieux problèmes à notre système de santé.

Désavouant leurs propres ministres qui siègent au Conseil fédéral est qui en composent une large majorité (cinq sur sept), les partis de droite ont attaqué frontalement le contre-projet, jugeant, dans une conférence de presse organisée à la va-vite, que le système actuel d'assurance-maladie fonctionne très bien - et cherchant à interdire au Conseil fédéral de terminer la procédure de consultation en cours auprès des cantons et des organisations concernées. Malgré différentes voix de cantons et d'organisations concernées qui ont exprimé leur soutien au contre-projet, les majorités des deux Chambres fédérales proches des assureurs ont ordonné au Conseil fédéral de renoncer à son contre-projet et à soumettre rapidement au vote l'initiative sur la caisse publique, qui devrait ainsi passer devant le peuple au courant de l'année 2014. Les assureurs, qui parlent des bienfaits de la concurrence et de la pluralité des caisses-maladie, ne veulent plus rien en savoir lorsqu'il s'agit de la pluralité des opinions politiques

Assemblée générale du jeudi 4 juillet 2013 à 20h00

Restaurant Elite, Rue du Criblet 7, Fribourg

Ordre du jour:

1. Salutations, ordre du jour
2. Procès-verbal de l'assemblée générale du 4 avril 2012
3. Comptes 2012, bilan au 31.12.2012, rapport de révision
4. Budget 2014
5. Rapport 2012
6. Elections (proposition de nouveau président: Olivier Flechtner)
7. Activités 2013
8. Divers

Les comptes, le bilan ainsi que le rapport des réviseurs seront disponibles sur place.

Editorial

Le système SwissDRG: beaucoup d'inconnues



par Erika Ziltener, présidente de la Fédération suisse des patients

Le système de financement SwissDRG s'oriente en fonction du traitement des patientes et des patients dans les hôpitaux de soins aigus, en tout premier lieu sur la base des coûts. Pour un hôpital, le résultat financier est le meilleur lorsque la patiente quitte l'hôpital aussi vite que prévu dans la cadre de la durée de traitement prévue. Le but est de fournir toutes les prestations médicales nécessaires tout en évitant des prestations inutiles mais lucratives pour le prestataire. Sans mesures de correction, cette évolution peut conduire à des traitements insuffisants, inadaptés ou superflus, avec des effets secondaires évitables et parfois des conséquences graves.

La qualité d'un traitement dépend de l'ensemble de la chaîne du traitement. SwissDRG ne tient compte que des soins aigus hospitaliers. Il se peut qu'une patiente soit traitée de manière optimale à l'hôpital, que la durée de séjour corresponde aux besoins, mais que le traitement subséquent ne soit pas assuré: par exemple si la patiente a besoin d'injections et que les soins à domicile n'ont pas les capacités pour assurer ce service, si un patient est transféré trop rapidement en clinique de réhabilitation après une opération ou encore si un malade mourant est transféré dans une autre institution.

Dans la mesure où la qualité des soins pris dans leur ensemble n'est pas suivie de manière systématique, il n'est pas possible de juger convenablement les conséquences de l'introduction de SwissDRG. Il est urgent d'assurer un suivi des conséquences sur l'ensemble du système des soins. Comme le Conseil fédéral le relève dans sa stratégie «santé 2020», notre système de santé n'a pas besoin aujourd'hui d'une concurrence exacerbée entre assureurs ou entre prestataires, mais d'outils pour pouvoir comparer la qualité des soins sur l'ensemble de la chaîne de traitement, avec des effets positifs tant pour la qualité intrinsèque que pour les coûts.

Accès inéquitable aux médicaments?



La Ligue suisse contre le cancer (LSC) a publié il y a peu une étude montrant que, pour les médicaments prescrits hors liste ou pour des indications non reconnues, ce qui est fréquemment le cas notamment dans le domaine de l'oncologie, le remboursement des coûts souvent élevés revêt un côté aléatoire et peut dépendre du bon vouloir de l'assureur - ce qui est contraire à l'égalité des chances dans l'accès aux thérapies. Nous avons demandé au professeur Daniel Betticher, médecin-chef et doyen du département de médecine de l'Hôpital de Fribourg, qui a contribué à l'étude de la LSC, quels sont les principaux problèmes qu'il rencontre dans la prescription de médicaments hors listes et quelles peuvent être les solutions à envisager.

vu les résultats financiers des grandes entreprises pharmaceutiques, n'y a-t-il pas aussi des marges à réduire pour faciliter l'accès de tous les patients qui en ont besoin aux médicaments coûteux?

L'étude de St-Gall présentée hier a montré que les médicaments prescrits « hors étiquette » n'engendrent pas de surcoût, sauf si le patient ne reçoit pas de médicaments et voit ainsi sa survie réduite.

Selon quels mécanismes faut-il à votre avis définir si un médicament - en général et plus particu-

lièrement dans les traitements hors liste - représente une plus-value suffisante pour pouvoir être remboursé?

Comme mentionné plus haut, il s'agira d'harmoniser l'analyse de la plus-value afin que le médicament soit remboursé. Les modèles actuellement utilisés par les caisses maladies doivent être affinés afin de définir la limite de la plus-value. Ceci nous permettra d'avoir un système équitable.

Où se situent pour vous les principaux problèmes? L'oncologie est-elle seule concernée?

Le problème: le médicament anticancéreux est enregistré pour une indication basée sur des résultats de recherche clinique. La recherche se poursuit après l'enregistrement, permettant de définir de nouvelles indications. Le médecin oncologue informé des derniers résultats proposera à ses patients le meilleur traitement, éventuellement un médicament qui n'a pas été enregistré pour cette indication spécifique. Il s'agit d'une prescription « hors étiquette ». L'oncologue fait une demande de prise en charge du traitement auprès de la caisse maladie. Le médecin conseil vérifiera si le patient souffre d'une maladie grave, si le traitement « hors étiquette » ne pourrait pas être remplacé par un traitement enregistré et s'il y a une plus-value suffisante en termes d'efficacité. Ce dernier critère est très subjectif et peut conduire à des conclusions différentes, une même demande peut être refusée par une caisse maladie et acceptée par une autre. Il en résulte une injustice distributive, une inégalité de traitement qui touche surtout l'oncologie, car la recherche dans ce domaine avance vite et l'enregistrement de nouvelles indications ne suit pas.

Avez-vous pu observer de grandes différences entre assureurs en ce qui concerne les pratiques de remboursement?

Non, nous avons observé une inégalité de traitement au sein d'une même caisse. Plus de 80% des demandes sont acceptées par les caisses maladies.

Avez-vous personnellement eu des cas problématiques? Cas échéant, qu'en déduisez-vous pour le fonctionnement du système?

Oui, une patiente n'a pas obtenu le traitement qui aurait pu lui éviter une alopecie, alors qu'une autre patiente dans la même situation a obtenu le traitement.

La Ligue suisse contre le cancer a évoqué la nécessité de mieux réglementer les procédures: dans quelle direction devrait-on aller?

Il s'agit surtout d'harmoniser les décisions, de développer un modèle permettant de guider les caisses ma-

ladies dans leur prise de décision. Il existe différents modèles de type questionnaire qui affinent l'analyse. L'oncologue se tient à disposition pour l'utilisation de ces modèles. L'application de l'article 71a/b de l'ordonnance sur l'assurance maladie devra également être simplifiée afin de définir le coût du médicament.

Les prix des médicaments en question sont souvent très élevés:

Remboursement des médicaments hors liste: solution en vue

Le Conseil national demande au Conseil fédéral d'agir. Les quelque 15'000 cas prescription de médicaments hors liste relevés chaque année en Suisse peuvent conduire à des

sibles les inégalités d'accès aux médicaments en fonction du domicile, de l'assureur, du modèle d'assurance et d'autres critères parfois peu transparents. Il a adopté à la quasi-unani-

rapport entre la somme à rembourser et le bénéfice thérapeutique du médicament doit être adéquat, mais sans que les assureurs ne bénéficient, au détriment des assurés, de la

Egalité d'accès aux médicaments

inégalités choquantes entre patients. C'est la principale raison pour laquelle le Conseil national a demandé au Conseil fédéral de modifier les dispositions légales existantes pour assurer l'égalité d'accès aux médicaments indépendamment des ressources financières des assurés et de leur domicile. Le Conseil national a reconnu la nécessité d'agir pour réduire autant que pos-

sible une motion du conseiller national Jean-François Steiert, vice-président de la Fédération suisse des patients, qui demande au Conseil fédéral de modifier l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) de sorte que « le remboursement des médicaments non admis par Swissmedic ou non repris par l'Office fédéral de la santé publique continue de respecter le principe selon lequel le

marge d'interprétation importante qui peut en découler ». Il faudra au contraire que le remboursement soit dans l'intérêt des patients et se fasse rapidement, quels que soient le domicile et l'assureur de ces derniers - par exemple par le biais d'un prix fixé par le fabricant, qui pourra être contesté par l'assureur s'il estime que le rapport coût/bénéfice thérapeutique n'est pas adéquat;

Egalité d'accès aux médicaments (suite de la page 2)

l'éventuelle différence serait alors remboursée par le fabricant. Ne pas renforcer la médecine à deux vitesses s'il existe aujourd'hui des solutions contractuelles qui règlent la question du remboursement de sorte à éviter tout retard inutile dans l'accès aux médicaments; ces solutions sont toutefois fonction du fabricant, de l'assureur et en partie du domicile, ce qui est absolument contraire aux principes de l'égalité de traitement et de la sécurité du droit, qui plus est dans un domaine important de l'assurance-maladie. La solution proposée par le Conseil national à titre d'exemple vise à régler l'accès aux médicaments et tout

particulièrement la question cruciale du remboursement de telle sorte que le nombre de facteurs autres que thérapeutiques - qui sont inévitables quel que soit le système - soit le plus bas possible. Il s'agit notamment d'éviter que des patients se voient refuser par leur assureur le remboursement de médicaments pourtant prescrits avec justification par leur médecin traitant, que certains traitements parfois vitaux ne soient pris en charge que par une coûteuse assurance complémentaire ou que le patient soit obligé de débours des montants importants s'il veut pouvoir bénéficier du traitement recommandé par son

médecin. Le Conseil fédéral a admis l'importance du problème, a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de surveiller en permanence l'évolution de la situation et de lui soumettre une évaluation d'ici la fin 2013. Au cas où le Conseil des Etats, qui traitera l'objet en septembre, devait suivre le Conseil national, le Conseil fédéral aurait ensuite une année pour proposer une solution permettant à la fois un accès rapide aux médicaments hors liste qui présentent une véritable plus-value sans que cela ne génère des bénéfices supplémentaires indus pour l'industrie pharmaceutique.

BRÈVES...

Assurance-maladie: démarcheurs toujours aussi insistants

Selon une enquête réalisée par l'entreprise Comparis, l'accord conclu entre les assureurs-maladie pour réduire le démarchage téléphonique n'a pratiquement pas eu de conséquences pour les assurés: alors qu'en 2011, 70 pour cent des personnes questionnées avaient été contactées par téléphone pour un changement d'assureur, ce taux a passé à 69 pour cent en 2012. Près d'un tiers des assurés ont reçu des appels de la part d'assureurs, près de la moitié de la part de démarcheurs indépendants et le solde de la part d'entreprises non identifiées. La concurrence inutile entre les assureurs de base se poursuit comme si de rien n'était, le tout payé par nos primes...

La démocratie à la sauce des assureurs

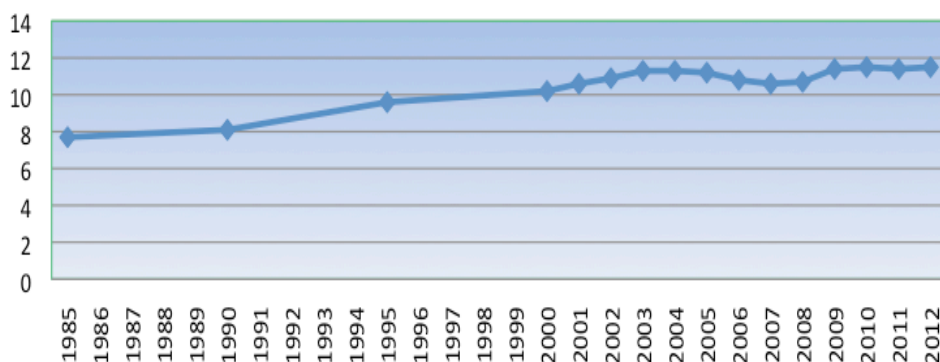
Santé suisse, l'association faitière d'une majorité des assureurs suisses (du moins pour le moment), a une vision originale du débat démocratique. Elle a organisé, à l'attention des parlementaires fédéraux, un «débat» sur la caisse publique, avec Christoffel Brändli, président de santé suisse, comme opposant à la caisse publique, et le professeur Stefan Felder, économiste, comme opposant à l'initiative (aussi). Quant à nous, nous préférons la caisse publique à la pensée unique...

Infections hospitalières: Berne suit les demandes de la Fédération des patients

En Suisse, 2'000 personnes meurent chaque année d'infections contractées en milieu hospitalier, dont un tiers pourraient être évitées selon les experts. Le Conseil fédéral et le Parlement ont décidé de donner suite à une revendication de longue date de la Fédération suisse des patients dans la lutte contre les infections hospitalières, relayée par une motion du conseiller national zurichois Thomas Hardegger. L'Office fédéral de la santé va ainsi devoir élaborer des bases légales pour réduire les risques d'infection dans les hôpitaux, notamment par des Standards minimaux à respecter par toutes les hôpitaux reconnus de Suisse. Enfin, la position des patients dans les procédures permettant de faire valoir des droits aux dédommagements dans ce type de cas va être renforcée.

Coûts de la santé stables!

Coûts de la santé en Suisse en % du PIB



Si les coûts de la santé ont augmenté en Suisse jusqu'au début des années, les dernières publications de l'Office fédéral de la statistique montrent qu'ils sont stables depuis dix ans par rapport à la capacité économique de notre pays. Ils oscillent en effet entre 10 et 11 pour cent du Produit intérieur brut (PIB), avec de légères hausses ou baisses selon les années, qui cependant se compensent. Si les primes augmentent néanmoins, il y a trois raisons à cela: l'inflation annuelle, l'augmentation du

PIB et les manques à gagner de plusieurs centaines de millions de francs qui résultent chaque année de millions d'assurés qui changent d'assureur en réalisant des économies que les autres assurés doivent assumer. Notre système n'a pas en premier lieu un problème de coûts, mais de répartition équitable de ce coût, notamment pour les familles et les revenus moyens, mais aussi pour les régions pour lesquelles les assureurs ont constitué de trop grandes réserves.

Service aux patients Fribourg /
Suisse occidentale
Membre de la Fédération
suisse des patients

Rue de la Fonderie 2 - C.P.
1437 1701 Fribourg
Fédération suisse des patients
C.P. - 8042 Zürich

Bulletin trimestriel
Numéro 10 - 21 juin 2013

026 422 27 25 - info@federationdespatients.ch

www.federationdespatients.ch

FAUT-IL UNE ASSURANCE-MALADIE SPÉCIALE POUR LES VACANCES ?

Une des mes connaissances a dû déboursier un montant important de sa poche après être tombée malade durant un séjour à Dubaï. Le montant qu'elle a dû déboursier dépassait largement la celui de la participation des patients en Suisse. Est-ce normal, et faut-il s'assurer de manière spéciale contre les risques d'une maladie à l'étranger?

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (Lamal, art. 34) donne au Conseil fédéral la compétence de fixer quelles sont les prestations fournies à l'étranger pour des raisons médicales (et pour des raisons médicales seulement) qui doivent être prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie qu'il a adoptée, le Conseil fédéral a précisé les choses (art. 36): l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués à l'occasion d'un séjour provisoire (p. ex. vacances) à l'étranger lorsqu'il y a urgence et que, pour des raisons médicales, un retour en Suisse n'est pas approprié. Elle couvre en outre les frais de traitements qui sont prévus par la loi mais qui ne peuvent être fournis en Suisse; ces derniers cas sont cependant très rares et il est vivement recommandé de se renseigner auprès de sa caisse-maladie ou d'une association de patients avant de se rendre à l'étranger pour un traitement, la jurisprudence étant particulièrement restrictive en la matière. Enfin, une exception est prévue pour les frais d'accouchement à l'étranger, qui sont pris en charge lorsque le choix du lieu d'accouchement constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité

de la mère ou du père ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse.

Lorsque les conditions pour la prise en charge sont données (c.a.d., à quelques exceptions près, en cas d'urgence, ce qui constitue l'essentiel des cas de prise en charge en période de vacances), la prise en charge de frais médicaux ou d'hospitalisation peut atteindre au maximum le double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse. Ce maximum est calculé en fonction du lieu de domicile de l'assuré (il n'est donc pas le même pour un assuré genevois ou un assuré fribourgeois), ou du siège de l'assureur si le lieu de domicile ne peut être établi. Ce montant suffit amplement à couvrir les frais courants

Variations importantes entre pays de villégiature

dans la plupart des pays, mais pas aux Etats-Unis, au Canada, au Japon, dans les Emirats arabes, en Australie ou en Nouvelle-Zélande, pays pour lesquels une assurance voyage est par conséquent recommandée, pour la durée du séjour uniquement. Ce n'est en revanche pas le cas pour les autres pays non-européens. En ce qui concerne la participation du patient ou de la patiente au frais, elle est la même que celle qui a cours dans l'assurance de base du pays hôte et peut donc varier d'un pays à l'autre. Enfin, le rapatriement doit être effectué dès qu'il est médicalement possible.

Un aspect particulier mérite d'être relevé : les frais de sauvetage, qui sont pris en charge à hauteur de 50 pour cent en Suisse, ne donnent lieu à aucun remboursement à

Attention aux rapatriements

l'étranger. Si vous prévoyez des activités sportives dangereuses et que vous ne disposez pas déjà d'une couverture particulière (p. ex. par la REGA), une assurance complémentaire peut être recommandée. Dans la plupart des caisses-maladie, il est possible de conclure une telle assurance pour une durée limitée (une semaine, deux semaines, un mois etc.) ; il s'agit généralement de la même offre qui permet une couverture suffisante dans les pays particulièrement coûteux mentionnés plus haut. La situation est différente pour les pays de l'Union Européenne (sans la Bulgarie et la Roumanie) ainsi que pour l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein : pour ces pays, vous pouvez éviter le rapatriement anticipé en cas d'ennui de santé et faire couvrir provisoirement les frais de traitement par l'assurance maladie obligatoire du pays hôte, à l'exception des participations aux frais usuelles dans le pays en question. L'assurance maladie de votre pays d'accueil se fera ensuite rembourser par votre caisse-maladie. A cette fin, vous devez impérativement vous munir de votre carte d'assuré-e, qui fait désormais aussi office de carte européenne et qui comporte des indications administratives telles que le nom, le sexe, la date de naissance, l'assureur et le numéro d'assureur. Les caisses tiennent en outre à disposition des formulaires provisoires lorsque les cartes ne peuvent être livrées à temps.

TALON DE COMMANDE

Je souhaite (entourer ce qui convient):

- **Devenir membre** - Cotisation ordinaire : 60.- / an
 - Etudiant-e-s retraité-e-s : 30.- /an
 - Bénéf. de prestations compl. : 30.- /an
 - Familles : 80.- /an
- **Commander l'un des documents suivants** :
 - Brochure « Droits des patients » (10.-)
 - « Passeport radiographie » (5.-)
 - Déclaration anticipée avec dépliant d'information et carte « format carte de crédit » (5.-)
- **Recevoir les bulletins trimestriels par courrier**

Vos nom, adresse, no de tél.,email:

A renvoyer à: l'adresse ci-contre

Renseignements par la permanence téléphonique ou par courriel:

026 422 27 25 - info@federationdespatients.ch
www.federationdespatients.ch

Nos collaboratrices en Suisse romande:



Esmeralda Triandé

Conseillère aux patients à Fribourg
info@federationdespatients.ch



Katia de La Baume

Responsable communication à Lausanne
delabaume@federationdespatients.ch

Fédération suisse des patients / Fribourg
Rue de la Fonderie 2 - CP 1437
1701 Fribourg